

Francesca Antonella Amodio

*La Scuola
come possibile fattore di rischio*

ISBN
978-88-98321-16-2

© 2015
EditricErmes
Via N. Sauro 64
85100 Potenza - Italy
www.editricermes.it
info@editricermes.it
0971 469346

Impaginazione e Grafica: Filippo Zotta
Grafici e Tabelle: Alessandro D'Angelo

La Scuola come possibile fattore di rischio

Cominciai a delineare la mia ipotesi di ricerca all'incirca nel 2010, grazie a un paziente di 50 anni giunto al mio studio di psicoterapeuta in uno stato depressivo piuttosto severo, che aveva alterato i suoi parametri fisiologici in merito all'alimentazione e ai ritmi sonno-veglia. Nel giro di pochi incontri mi resi conto di essere di fronte a un DSA non riconosciuto, questo grazie alla mia esperienza di tanti anni sui DSA, una competenza che sinora non ha fatto parte del bagaglio degli psicologi clinici. Aver ipotizzato che alla base del suo profondo senso di inadeguatezza vi fosse un percorso scolastico fortemente frustrante, mi ha consentito di indagare sulla sua storia scolastica, elaborando infine assieme a lui le radici di tanta fragilità e riscrivendo un nuovo senso di sé maggiormente saldo e coeso. Il successo terapeutico di tale processo mi ha spinto pian piano ad indagare in tale direzione con i vari pazienti che mi consultavano e presentavano in qualche modo un simile quadro psicologico. Nel tempo è emerso che ben un 30% dei miei pazienti aveva alle spalle un percorso scolastico così difficile e doloroso da poter essere ipotizzato quale evento traumatico alla base dei loro disturbi. A verifica di tale ipotesi ho pensato di utilizzare i test dei DSA per adulti: in quanto test standardizzati in grado di oggettivizzare le diverse difficoltà nello studio, essi avrebbero conferito maggior scientificità al mio lavoro. Se i test fossero risultati positivi avrebbero

dato obiettività al ricordo soggettivo e individuale delle difficoltà incontrate dai soggetti testati nel percorso scolastico.

Volendo quindi verificare quanto la scuola potesse rappresentare un fattore di rischio, così come molte famiglie continuavano a ripetermi, ho pian piano pensato ad un impianto sperimentale che potesse darci una percentuale di tale possibilità di rischio nell'ambito del disagio psicologico. Ho preso a riflettere che, se le stime indicavano una distribuzione dei disturbi specifici di apprendimento pari all'incirca al 5% della popolazione e tenuto conto che solo da pochi anni in Italia si parlava di questo disturbo, c'era almeno un 5% di adulti assolutamente ignaro di avere tale caratteristica. Un 5% che, con grande probabilità, in età infantile mostrava il quadro emotivo di un DSA e che, se l'ipotesi fosse stata convalidata, avrebbe dovuto manifestare nel tempo un qualche disturbo psicologico. Ancora, se è vero che agli psicoterapeuti si rivolgono coloro che stanno attraversando un momento di disagio psicologico, era lì che si poteva testare quanto un percorso scolastico altamente frustrante potesse essere responsabile di disturbi conclamati in età adulta. Se tale ipotesi fosse stata reale, la distribuzione dei DSA tra la popolazione che si recava nello studio di uno psicologo, di uno psichiatra o presso una struttura residenziale, non avrebbe più dovuto essere del 5%, ma ben maggiore. Partendo da tale assunto, a ricerca sperimentale compiuta, nel mio studio tale percentuale si è rivelata superiore al 30%, mentre nel centro di recupero per le tossicodipendenze ha superato il 40%, mettendo in evidenza un dato non certo irrilevante. Questo lavoro, dunque, vorrebbe ridarci il senso di quanto un percorso scolastico non adeguato alle caratteristiche individuali potrebbe effettivamente essere un fattore di rischio. L'impianto sperimentale è stato semplice, in sintesi la ricerca si è articolata nel seguente modo:

1. somministrazione dei test diagnostici a un campione di 17 pazienti con un disagio psicologico che si è ipotizzato derivante da un DSA pregresso non diagnosticato;

2. verificata la reale presenza di un DSA nei soggetti campione, strutturazione di una griglia con gli indicatori comportamentali rilevati, quali indici di un disturbo psicologico originato da un DSA pregresso e non riconosciuto;

3. somministrazione dei test diagnostici a un gruppo di controllo di altri 17 soggetti, inviati da altri specialisti e individuati in base ai criteri esplicitati nella griglia da me elaborata;

4. verificata l'ipotesi con la conferma di diagnosi di DSA nel campione di controllo, diffusione dei dati.

Per la rilevazione della presenza di un effettivo DSA nei pazienti adulti, ci si è avvalsi della collaborazione del Centro Diagnostico per adulti di Reggio Emilia, il primo centro pubblico in Italia, guidato dal dottor Enrico Ghidoni, che ringrazio di cuore assieme al suo staff.

Il primo campione di 17 casi, di varie età e sesso, era costituito tutto da pazienti giunti a me negli anni tra il 2010 e il 2014 per una consultazione rispetto a vari disturbi psicologici. Essi mostravano, come caratteristiche salienti e in misura diversa, alcuni dei tratti seguenti: stato depressivo; crisi di ansia; ansia da prestazione; senso di estraniamento; quadro dell'incompreso; senso di solitudine; insicurezza patologica; disistima profonda di sé; rabbia repressa o agita; fobie; paure profonde, quale quella di inadeguatezza e quindi dell'abbandono; bisogno patologico di piacere e/o di essere al centro dell'attenzione; dipendenza affettiva; dipendenza da sostanze psicotrope o da comportamenti compulsivi; comportamenti autolesivi; disturbi del sonno e/o dell'alimentazione; somatizzazioni; ecc. Tutti questi tratti sono stati da me poi riassunti nella griglia elaborata, quali indicatori di un possibile DSA non riconosciuto.

Vorrei per prima cosa dare un'idea della ferita profonda nella stima di sé che un percorso scolastico fallimentare comporta. Nel farlo, mi avvarò della mia lunga esperienza con i bambini con DSA. Questi, ovviamente, presentano una storia di continue frustrazioni

scolastiche e un quadro psicologico con alcuni tratti piuttosto comuni, che ben presto prende a distinguerli. E' soprattutto di questo che mi occupo: accompagno a diagnosi centinaia di bambini e ragazzi e, con loro, i genitori. A volte si danno per scontate troppe cose, a volte il personale sanitario dimentica che chi ha di fronte ignora la problematica, che risulta invece di routine per gli specialisti del settore; ignora l'immaginario che si ha della diversità, la paura profonda che comporta. Se da un lato la necessità di creare categorie nosografiche tutela, dall'altro stigmatizza. In una società pronta a penalizzare il diverso, inserirlo in una categoria medica di cui tener conto nella valutazione dei suoi comportamenti, se pur gli dà una sorta di lasciapassare, nel contempo lo definisce come malato. L' eccessiva medicalizzazione delle differenze ha i suoi grossi rischi, resi più grandi dalle possibilità di speculazione economica che questo comporta. Se la scelta è fra l'essere individuato come DSA e l'essere definito asino, si sceglie la prima alternativa, perché venga data la possibilità di un percorso di studi confacente alle proprie caratteristiche e che consenta di ottenere i risultati desiderati, piuttosto che venire bollati come chi non vuole saperne dello studio, sino all'abbandono dello stesso e, con esso, di tutti i propri sogni. Ma poi si è un DSA, qualcuno che ha un disturbo, qualcuno che è diverso perché ha qualcosa in meno. Questo meno terrorizza ovviamente i genitori e ancor più i diretti interessati. Ecco che accompagnare a diagnosi vuol dire prima di tutto spiegare in cosa consiste questa disabilità, quanto consenta di raggiungere i medesimi risultati, dopo che si è compresa nei suoi meccanismi di pensiero, accompagnata e guidata con le giuste metodologie e percorsi didattici mirati. Un esempio vale più di mille parole: io stessa ho un DSA, tre lauree e diverse specializzazioni. Non essendo diffusa una visione della diversità quale opportunità, è pratica piuttosto comune definirla come disturbo, malattia. I soggetti che in questo secolo sono appartenuti ed appartengono alla categoria dei DSA (che già nella definizione, difficoltà specifiche di apprendimento, lascia pensare a difficoltà nell'apprendimento e non nell'utilizzo dei mezzi usati

comunemente nella trasmissione dei contenuti), hanno avuto dunque la percezione di essere mancanti, deficitari, per non dire deficienti.

Quello che in questi casi ne deriva è la strutturazione di un sé fragile, pronto a sentirsi inadeguato, colpevole. Infatti, la prima cosa che tutti fanno è colpevolizzare la vittima: è colpa sua se non è bravo a leggere, è così facile! E' sua la responsabilità di tutti i problemi che incontra: perché non si applica, perché non ci mette la giusta attenzione, così per le tabelline che non riesce a memorizzare, o per gli errori di fusione, di doppie e di elisioni, per non parlare di quelli ortografici. La colpa è sua, tutta sua.

Dunque questo lavoro è mirato a sottolineare quanto la scuola possa essere un fattore di rischio per la strutturazione di un sé saldo e coeso e possa rappresentare un evento traumatico vero e proprio. Sia ben chiaro, il mio non è un attacco all'istituzione scolastica, che io ritengo primaria e fondamentale, anzi rappresenta un riconoscimento del suo grande potenziale: come ogni strumento potente, è in grado di incidere profondamente, sia nel bene che nel male. Il mio vorrebbe piuttosto essere un tentativo di migliorare sempre più questo prezioso organismo a cui sento di appartenere, poiché da più di trent'anni io stessa insegno in un liceo. Come già detto, mi sono avvalsa dei criteri diagnostici per i DSA per avere a supporto della mia tesi dati verificabili, ma ritengo che qualsiasi percorso scolastico fallimentare, qualsivoglia siano i motivi ad esso sottesi, possa dare origine al medesimo quadro psicologico che, a seconda della storia personale di ciascuno, evolverà o meno verso varie patologie.

Nella nostra società, in un'età compresa tra i 3 ed i 18 anni (ma anche dopo, per chi frequenta l'università), il maggior fattore della stima sociale del sé, se non l'unico, è rappresentato dalla riuscita nei percorsi scolastici e, come Pennac insegna, andare male a scuola è sempre un grande dolore, per tutti, anche per quelli che non vogliono darlo a vedere. Per questi, anzi, forse lo è ancora di più.

Il sé non è un datum, esso si costruisce nel tempo in base ai rimandi che ci provengono dall'esterno e, se questi sono tali da rimandarci continui fallimenti, l'immagine che ci si costruirà di se stessi sarà sicuramente fallimentare. Come uno specchio in cui poter vedere riflesso il proprio viso, l'ambiente esterno riflette al bambino l'immagine del suo sé in fieri e in quella esso prenderà inevitabilmente a riconoscersi.

Riandando all'ipotesi della possibilità che la scuola per alcuni possa costituire l'evento traumatico, corre l'obbligo chiarire in breve cosa la psicologia definisce trauma. Il termine trae origine dal greco, dove sta ad indicare una ferita grave con effetti permanenti; in psicologia viene ripresa la sua accezione di ferita, ma intesa non come lacerazione di tessuti che normalmente non presentano alcuna soluzione di continuità, bensì come rottura dell'equilibrio emotivo e psicologico dell'individuo. Personalmente, anche in forza dei risultati della presente ricerca, sposo la definizione che vede nel trauma la rottura di un legame: con se stesso, con l'altro, con la realtà.

Ad ogni buon conto, il trauma produce un evento non traducibile in parole: chi lo ha subito non lo può raccontare. Esso si costruisce in due tempi: nel momento dell'evento traumatico e nel disconoscimento dell'ambiente circostante che, negandolo, lo rende patogeno.

Per una serie di circostanze, questi elementi appaiono tutti in chi, pur essendo supportato da buone capacità intellettive, presenta difficoltà scolastiche: le sue difficoltà finiscono per essere ascritte a un suo scarso impegno e ad una sua cattiva volontà. Le umiliazioni e le punizioni a cui sarà quotidianamente sottoposto a scuola saranno ritenute giuste da tutti, compagni e familiari compresi (disconoscimento del trauma). Sarà ingabbiato in una difficoltà di cui non conosce il nome, negata da tutti ma che pure vive e da cui non può difendersi che con la dissociazione, lo spostamento, la distorsione della realtà, finendo per identificarsi con l'aggressore e sentendosi così, in qualche modo, in colpa lui stesso.

Questo lavoro, oltre a supportare la necessità di una didattica maggiormente inclusiva delle diversità che sottragga alla medicalizzazione le differenze individuali, si è mostrato un valido strumento nella mia pratica psicoanalitica: verificare l'ipotesi che, dietro determinati quadri psicologici disfunzionali in età adulta, l'evento traumatico iniziale potesse essere stato il proprio percorso scolastico e identificare in questo modo il trauma, ha reso più facile e veloce la risoluzione degli attuali disagi psicologici dei casi testati. Rimandare loro l'origine del proprio senso di inadeguatezza, tranquillizzarli sulle proprie capacità intellettive, dimostrando loro di essere solo dei DSA non riconosciuti, ha ottenuto un effetto rassicurante già nell'immediato. Non individuare nella realtà l'evento traumatico e riportarlo alla sola realtà intrapsichica potrebbe rischiare di «ritraumatizzare il paziente in terapia, proprio attraverso la ripetizione di quella negazione della realtà da parte di un adulto in posizione di autorità che nel suo passato avrebbe dovuto essere testimone e invece ha preferito non vedere». (Clara Mucci, Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale)

Lavorare sull'evento traumatico reale mi ha consentito di riscrivere assieme a questi pazienti una storia che era stata fatta da continui rimandi di incapacità. Il primo dato che mi è saltato agli occhi, una volta assunta questa ipotesi nella lettura dei casi, è stata la rimozione dell'evento traumatico stesso. Alle domande circa la propria storia scolastica, la maggior parte di loro la definiva normale.

Nei casi di abbandono scolastico, la risposta era quella che in realtà la scuola non avesse mai veramente suscitato il loro interesse, salvo avere le lacrime agli occhi nel momento stesso in cui facevano tale affermazione.

Quanti invece, seppure con enormi sforzi, erano arrivati a conclusione di tale percorso, magari accontentandosi di studi diversi da quelli che avrebbero voluto, hanno avuto bisogno di molto tempo perché gli eventi fortemente traumatici della loro

infanzia scolastica emergessero alla consapevolezza .

Verificata, dunque, la mia ipotesi con i primi 17 casi, ho proceduto all'elaborazione della griglia con gli indicatori psicologici che ho ritenuto possano indurre a vagliare l'ipotesi di un percorso scolastico frustrante come evento traumatico rimosso nel paziente. L'ho sottoposta all'attenzione di alcuni specialisti, precisamente ai dottori: Marilena Bencivenga, Mimmo Maggi, Giuseppe Ruggiero e Nadia Sanza, tutti afferenti a diversi approcci psicologici, alcuni con specifiche competenze relazionali, altri neuropsichiatriche, altri ancora con un'esperienza pluridecennale rispetto alle dipendenze da sostanze psicotrope.

Tutti i soggetti individuati da questi specialisti in base alla mia griglia e testati dietro loro invio, sono risultati DSA, alcuni con grado severo. Colgo l'occasione per ringraziarli della loro preziosa partecipazione a questo studio, un ringraziamento particolare va alla dottoressa Sanza per alcuni preziosi suggerimenti in merito allo schema da me elaborato.

La griglia che segue vuole essere un indicatore di segnali e sintomi che potrebbero ricondurre ad un DSA non riconosciuto.

Anche una sola voce delle seguenti, se causa di un disagio clinicamente significativo e/o compromettente in modo severo l'area sociale e lavorativa, può essere influente nell'indurci ad indagare in questa direzione. Non necessariamente potremmo trovarci dinanzi ad una storia di insuccesso scolastico, viste le capacità cognitive sempre nella media o sopra la media dei soggetti, né trovarci immediatamente di fronte al ricordo di un percorso scolastico difficile e frustrante, considerata la rimozione dell'evento traumatico.

Segni/indicatori psicologici	Descrizione
Rapporto critico con i genitori: sovente incomprensione con il padre- forte simbiosi con la madre, in una relazione grandemente ambivalente	<i>Il padre: "ma questo figlio non lo riconosco" La madre: "mio figlio ha bisogno di me, non posso lasciarlo solo"</i>
DEPRESSIONE INFANTILE: iperattività, distraibilità, disturbi del sonno, disturbi dell'alimentazione, somatizzazioni, fobie scolastiche SENSO DI COLPA TIPICO DEL MECCANISMO DI "INCOLPARE LA VITTIMA"	<i>"Non riesco a star fermo" "Sono confuso" "Sono stanco di tutti questi stimoli" "E' tutta colpa mia, sempre"</i>
DEPRESSIONE ADULTA: senso di vuoto e di inutilità, disturbi del sonno, disturbi dell'alimentazione, somatizzazioni, SENSO DI COLPA TIPICO DEL MECCANISMO DI "INCOLPARE LA VITTIMA"	<i>"Tutto è troppo difficile" "Non posso farcela" "E' tutta colpa mia, sempre"</i>
ANSIA: fobie, somatizzazioni, disturbi del sonno e dell'alimentazione	<i>"Sto male"</i>
Tendenza alle condotte di dipendenza verso persone, sostanze psicotrope o abitudini compulsive, per combattere il senso di alienazione. Comportamenti di rischio o autolesivi: vanno da incidenti troppo frequenti al ferirsi accidentalmente, al procurarsi volontariamente altri tipi di ferite, al guidare in modo sconsiderato, fino al tentato suicidio	<i>"Io sono stupido! Stupido!" "La mia vita non ha alcun senso!" "È inutile continua- re a vivere" Tendenza al gioco d'azzardo, Eccessivo uso di TV, FB, video giochi, utilizzo della musica per stordirsi Ricerca spasmodica del legame e/o del sesso, Bisogno di distrazione da sé, Ricerca di autoconsolazione.</i>
DISISTIMA: profondo senso di inadeguatezza, inferiorità; intima, dolorosa convinzione di essere in qualche modo difettoso, sbagliato, carente, che permane nonostante tutti i giudizi positivi e tutto le affermazioni o i risultati positivi che pure possono essere stati raggiunti, sia a scuola che fuori di essa; tendenza alle condotte di dipendenza, ansia, ansia da prestazione	Vergogna <i>Paura conseguente all'inspiegabile senso di inferiorità "In me c'è qualcosa che non va, che è profondamente sbagliato, inaccettabile"; "Il mio vero sé è incomprensibile e difettoso", pertanto: "merito di essere rifiutato", "sono un rifiuto!"</i>
DISORIENTAMENTO spazio – temporale e vulnerabilità: un profondo senso di fragilità personale, di debolezza ed incapacità; scarsa autonomia; paura, che può essere estrema, di perdersi; evitamento dell'esplo- rare; tendenza alla dipendenza affet- tiva; scarsa memoria degli eventi per- sonali accorsi in passato	Ansia <i>"Ho paura in un mondo così indecifrabile", "Sono in pericolo", "Ho estremo bisogno di trovare i miei punti di riferimento nello spazio in cui vivo e nella mia storia", "Non posso cavarmela da solo", " Senza te sono perso", "Non posso affrontare i cambiamenti", "Per essere al sicuro devo organizzare rigidamente il mondo attorno a me"</i>

INCOMPETENZA o
IPER- PSEUDOSICUREZZA:
fallimento o ricerca eccessiva del successo
e del risultato

*“Non ho combinato nulla di veramente
buono”
“Sono, devo fare ed essere meglio di tutti
quelli che conosco”*

SINDROME DELL'INCOMPRESO
Estraniamento

*Tristezza, paura, rabbia
“Nessuno mi capisce”
“Mi sento come fossi un MARZIANO”
“Non mi ci trovo, non riesco ad inserirmi”
“non appartengo, non posso appartenere
perché sono essenzialmente diverso da
tutti gli altri”*

DIFFICOLTÀ SOCIALI vs. VOLER STARE
SEMPRE IN MEZZO:
imbarazzo, inibizione o tendenza
all'isolamento oppure verbosità,
protagonismo più o meno inconsciamente
alla ricerca di conferme; comportamenti
oppositivi, comportamenti antisociali,
bullismo. (Iper-compensazione:
la consapevolezza, l'esperienza della diver-
sità – vissuta come inferiorità – viene sia
celata che combattuta al punto di essere,
con successo solo apparente, difesa da
una facciata di grande competen-za e/o
prepotenza)

*“Meglio starmene in disparte, meglio non
farmi vedere”
“Dimmi che vado bene”
“Io non sono da meno e te lo dimostrerò”
Rifiutato, rifiuta.*

INIBIZIONE EMOTIVA vs. RABBIA:
scarsa spontaneità, scarso senso di
libertà; esplosioni, apparente- mente
immotivate, di collera e comportamenti
impulsivi; FRAGILITÀ DELL'IO:
difficoltà- incapacità di scegliere, incapaci-
tà di dire 'no'

*“Non so se quello che sento è giusto”,
“Io non sono come gli altri mi vedono...
io non vado bene... io non so chi sono”
Ci vuole un lo saldo e coeso per dire No.
Il No è l'antesignano dell'io nello sviluppo
del sé, chi non dice mai no, non dice mai
neanche sì, solo non sceglie.*

Il dato sorprendente emerso dallo studio è la corrispondenza quasi perfetta dei risultati all'ipotesi di partenza: su 34 casi complessivamente testati, solo uno è risultato negativo e anche questo, pur se negativo al test per DSA, non lo è stato rispetto all'ipotesi di un percorso scolastico fortemente penalizzante, confermato dalla sua ricostruzione storica. Prima dell'analisi dei dati, ottenuti con l'ausilio del dottor Ghidoni e delle logopediste Rossella Greci e Antonella Spota, cui va un particolare ringraziamento per l'amore e la passione con cui si sono dedicate a questa ricerca, vorrei sottolineare un paio di elementi che nel corso dei lavori hanno attirato la mia attenzione. Il primo riguarda l'emergere, nelle donne madri testate, di una corrispondenza tra

la ferita precoce nella stima di sé, inferta proprio da un percorso scolastico fallimentare, e la possibilità di una loro depressione post partum durante il puerperio. Sulle 7 donne madri testate, 5 hanno riportato una simile condizione: due di loro erano in analisi proprio conseguentemente a questo problema, tre lo hanno invece descritto nella propria storia anamnestica. Più della metà, dunque. Certo, per la sua esiguità il campione non può ritenersi rappresentativo della popolazione, ma questa altissima corrispondenza non può essere sottaciuta, affinché divenga magari, nel prosieguo, una variabile su cui indagare. E' cosa nota che alcuni eventi rimossi, alcune fragilità personali, possano essere riattivati nei momenti particolarmente cruciali della propria esistenza. Nell'ottica della psicologia dello sviluppo, piuttosto che in quella del solo sviluppo infantile o di quella dell'età evolutiva, analizzando l'intero arco dell'esistenza, ogni fase del ciclo di vita è ritenuta suscettibile di crisi e cambiamenti (life span). Per una donna la maternità rappresenta esattamente uno di questi nodi cruciali.

Il secondo dato che man mano è emerso dalle varie storie raccolte riguarda invece il riscontro, nel campione testato, di una particolare propensione verso le condotte di dipendenza, da quelle affettive a quelle da sostanze psicotrope. Ciò trova conferma in alcune ricerche che hanno ravvisato una simile correlazione, le une rispetto ai DSA (quale ad esempio quella di Scott nel suo *Drug abuse amongst dyslexics*, 2004), le altre rispetto a chi ha subito eventi traumatici (come quelle raccolte nel Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant Technical Assistance Program, che dedica l'intero capitolo 3 agli effetti dell'alcool e di altre droghe nei pazienti traumatizzati).

Questi studi, dunque, finiscono per confluire nell'ipotesi che vede in un percorso scolastico altamente frustrante la possibilità di un evento traumatico. Come dicevo in apertura, sono propensa a leggere il trauma come rottura del legame originale che, con l'età, diviene inevitabilmente rottura del legame con se stessi,

con le proprie istanze genitoriali introiettate. In questa ottica le condotte di dipendenza possono essere lette come il tentativo di ricreare un legame sostitutivo con sostanze, cose, comportamenti, persone, che diviene fatalmente dipendenza. Per quanto riguarda le dipendenze affettive, il dato emerso da questo lavoro le vede contraddistinguere maggiormente la popolazione femminile. Ritengo che ciò sia imputabile a fattori culturali socialmente appresi, ma l'analisi di questa variabile, già affrontata nella mia pubblicazione *Lo zoo al piano di sopra, quando al piano di sotto l'amore fa male* (Serarcangeli Editori), non è stata oggetto del presente studio. Ad ogni buon conto, anche se in percentuale minore, tale tendenza non è esclusa nella popolazione maschile. Oltre al modello appreso di identificazione con il carnefice, nelle dipendenze affettive la percezione di valere, di essere prezioso, amabile, che non si è mai riusciti ad avere di sé, viene finalmente rimandata dagli occhi di chi ci ama. Purtroppo, però, il senso del nostro valore non può essere rimesso nelle mani di altri, in quanto ne diverremmo inevitabilmente schiavi, disposti a tutto pur di non perderlo: perdendo quegli, perderemmo di nuovo il nostro senso del sé. Nelle dipendenze, quali esse siano, siamo sempre di fronte ad un locus of control esterno, potremmo dire una sorta di tentativo di legame esterno sostitutivo di quello con un'istanza interna eccessivamente rigida, giudicante, svalutante e punitiva. Questo legame diviene inesorabilmente laccio, catena, cappio.

Risaliti all'evento traumatico iniziale, il lavoro deve procedere, dunque, verso una nuova consapevolezza del proprio valore intrinseco: chi non impara ad amarsi per quello che è, ricostruendo la propria immagine interiore che gli eventi hanno fortemente minato, difficilmente può amare o essere amato. Egli avrà piuttosto buone probabilità di costruire trappole affettive basate sul bisogno o, addirittura, di consumarsi in condotte autolesive. L' altissima percentuale di condotte di dipendenza, quale conferma della forte correlazione tra una ferita precoce nella stima di sé inferta dall'istituzione scolastica e personalità adulte particolarmente fragili, inclini dunque ad aggrapparsi ad altro, mi ha spinto infine a

sottoporre la mia griglia ai due psicologi responsabili di un centro di recupero per tossicodipendenze. Somministrato il test diagnostico agli ospiti del centro, nei quali i miei due colleghi hanno ravvisato caratteristiche corrispondenti a tale griglia, tutti i soggetti segnalatimi sono risultati positivi al test per DSA. La correlazione tra un percorso scolastico frustrante e le tossicodipendenze si è mostrata altissima: più del 40% degli ospiti di tale struttura è risultato positivo alle batterie somministrate.

Tra i vari capitoli di questa ricerca, questo è stato per me il più gravoso, non solo per il carico di lavoro richiesto dai numerosi casi da testare, quanto per tutte le storie di dolore e di degrado rivissute con questi ragazzi, storie che forse avremmo potuto evitare con un pò di accortezza in più. Quando la scuola mette fuori qualcuno che appartiene ad una famiglia con pochi strumenti culturali ed economici, emette una condanna certa. Sentire qualcuno con più di trent'anni confessarti che ha imparato a leggere l'orologio da soli pochi mesi, senza che mai nessuno capisse che dietro c'era una difficoltà spazio-temporale e non un' idiozia, è una sconfitta dolorosa anche per noi operatori.

A spingermi ancora di più in questo lavoro, la speranza di evitare a tanti altri ragazzi storie simili, ma anche i continui rimandi da parte di tutti i soggetti testati, nessuno escluso, di un immediato sollievo e di una migliorata percezione di sé.

Questa è stata, dunque, una ricerca-azione nel senso più pieno della definizione, essendo divenuta nel contempo un primo intervento mirato ed efficace per quanti ad essa si sono sottoposti.

Rispetto al disturbo psicologico, i dati di maggior rilievo sono apparsi i seguenti:

- alta corrispondenza con le condotte di dipendenza in generale. Su un campione totale di 34 persone, 24 hanno manifestato in varie forme tale problematica, per una percentuale pari al 70% dei casi (Fig. 4);

- alta corrispondenza tra una ferita nella stima di sé da trauma scolastico nelle bambine e una loro depressione post partum in età adulta (Fig. 1). Rispetto ai fattori socio-ambientali, i dati di maggior rilievo sono apparsi i seguenti:
- specificità di genere nelle risposte individuali al trauma scolastico (Figg. 2-3);
- alta incidenza dei fattori socio-culturali della famiglia sui percorsi scolastici difficili dei figli e, quindi, sul loro abbandono scolastico precoce e sui rischi di eventuali comportamenti devianti e antisociali che esso può comportare (Fig. 5).

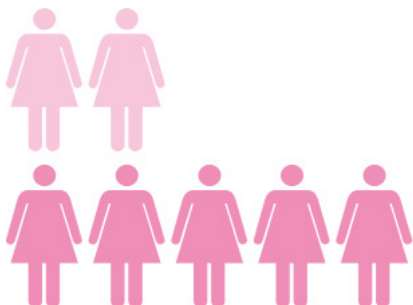
La corrispondenza tra un basso livello di scolarizzazione dei genitori e la difficoltà dei figli a raggiungerne uno elevato è risultata altissima: i soggetti con un DSA che hanno raggiunto la laurea sono essenzialmente quelli che hanno potuto usufruire dell'aiuto di genitori istruiti, così come il loro abbandono precoce degli studi corrisponde fatalmente con la scarsa scolarizzazione degli stessi. L'aiuto per questi ragazzi è stato dunque quello della scuola o quello della famiglia?

La griglia che segue è stata elaborata dalle logopediste Greci e Spota nella sua parte logopedica e da Laura Pecoriello, laureanda in psicologia clinica, per quanto riguarda la descrizione dello spettro di sofferenza psicologica dei singoli casi, colgo l'occasione per ringraziare anche lei. Essa è stata ottenuta integrando il campione dei 28 soggetti testati in collaborazione con il dottor Ghidoni e del suo staff, con i 6 casi che, per la loro giovane età, hanno potuto essere diagnosticati presso la nostra struttura ospedaliera. A seguire vi sono poi i grafici che mostrano le altre correlazioni rilevate e l'ultimo, relativo alla correlazione tra il livello di studi dei genitori e quello raggiunto dai figli, esclude ovviamente i 6 soggetti il cui percorso di studi non è ancora terminato.

	name	code	age	education	psychopat diagnosis 1	psychopat diagnosis 2	JOB	DISLEXIA	DYSORTHOGRAPHY	DYSCALCULIA	DYSGRAPHA	UNDERSTANDING DIS	LANGUAGE DIS
1	AD	M	21	13	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY, AVOIDANCE AND PHOBIC TRAITS	LUDOPATHY	STUDENT	MILD/MODERATE	MILD	MILD	MILD	NO	LIKELY
2	RN	M	17	12	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY, HYPOCHONDRIA, SOMATIZATION	EMOTIONAL ADDICTION	STUDENT	MILD	MILD	MILD	NO	YES	NO
3	GL	M	13	7	AGGRESSIVE-IMPULSIVE BEHAVIOURS REFERRED	REPPRESSED ANGER	STUDENT	MODERATE	MODERATE	MODERATE	MODERATE	YES	YES
4	AP	M	17	12	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY	EMOTIONAL ADDICTION	STUDENT	MILD	NO	MILD	NO	NO	NO
5	VD	F	15	9	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY	SOMATIZATION	STUDENT	MILD	MODERATE	MILD	NO	NO	NO
6	MM	F	30	18	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY	EMOTIONAL ADDICTION	DIGITAL AFTER-SCHOOL TUTOR	MILD	MODERATE	MILD	NO	NO	UNCERTAIN
7	SS	F	51	13	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY	EMOTIONAL ADDICTION	AFTER-SCHOOL TUTOR	MILD	MILD	NO	NO	NO	NO
8	AS	F	44	9	ANXIETY-PHOBIC TRAITS	EMOTIONAL ADDICTION	SHOPKEEPER	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9	EV	F	26	18	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY	EMOTIONAL ADDICTION	RESEARCHER TEACHER	MODERATE	MILD	MILD	MILD	NO	NO
10	SG	F	46	17	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY			MODERATE	MILD	MILD	NO	NO	NO
11	AV	F	38	17	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY	EMOTIONAL ADDICTION	EMPLOYEE	MILD	NO	MODERATE	NO	YES	NO
12	CG	F	40	18	BORDERLINE	EMOTIONAL ADDICTION	HOUSEWIFE	NO	NO	MILD	NO	YES	NO
13	LG	F	53	11	SEVERE STATE OF DEPRESSION	EMOTIONAL/SUBSTANCE ADDICTION	RETIRED	MILD	NO	MODERATE	NO	NO	UNCERTAIN
14	BD	M	54	8	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY	EMOTIONAL ADDICTION	BANK CLERK	MODERATE	MODERATE	NO	NO	NO	NO
15	FL	M	49	16	PARANOID PERSONALITY DISORDER	REPPRESSED ANGER	MANAGER	MILD	MODERATE	MILD/MODERATE	MILD	NO	LIKELY
16	PL	M	52	17	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY		SHOPKEEPER	MILD	MILD	NO	NO	NO	NO
17	RS	M	32	13	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY	PHOBIC TRAITS	STUDENT	MILD	MODERATE	NO	MODERATE	NO	NO
18	LR	M	9	4	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY	SLEEP AND EATING DISORDERS	EX TAILOR	SEVERE	NO	MILD	NO	MILD	LIKELY
19	VS	F	46	11	SUBSTANCES ADDICTION	EPILEPSY AND ANXIETY STATUS	UNEMPLOYED	MILD	MILD	MODERATE	NO	NO	NO
20	AP	F	28	8	SUBSTANCES ADDICTION		UNEMPLOYED	MILD	MILD	NO	NO	NO	UNCERTAIN
21	MG	F	32	16	SUBSTANCES ADDICTION		UNEMPLOYED	MODERATE	MILD	MILD	NO	NO	NO
22	EF	F	29	18	SUBSTANCES ADDICTION		ARTISAN	NO	NO	MILD/MODERATE	NO	NO	NO
23	MB	M	30	11	SUBSTANCES ADDICTION	MOOD DISORDER	UNEMPLOYED	MILD	MILD/MODERATE	MILD	NO	NO	UNCERTAIN
24	GT	M	35	13	SUBSTANCES ADDICTION		UNEMPLOYED PLUMBER	MILD	MODERATE	MILD	NO	NO	NO
25	DS	M	31	8	SUBSTANCES ADDICTION		COOK	MILD	MODERATE	MILD	NO	NO	UNCERTAIN
26	RV	M	34	10	SUBSTANCES ADDICTION		ARTIST	MILD	MODERATE	MODERATE	NO	NO	NO
27	GH	M	32	13	SUBSTANCES ADDICTION		LABOURER	MILD	MODERATE	MODERATE/SEVERE	MILD	YES	LIKELY
28	VG	M	33	8	SUBSTANCES ADDICTION	ANTISOCIAL BEHAVIOUR	UNEMPLOYED	MODERATE	SEVERE	MILD	NO	YES	LIKELY
29	AG	M	40	8	SUBSTANCES ADDICTION		LABOURER	MODERATE	MODERATE	MODERATE	NO	UNCERTAIN	UNCERTAIN
30	TE	M	43	7	SUBSTANCES ADDICTION		COOK	MILD/MODERATE	MODERATE	MODERATE	NO	YES	UNCERTAIN
31	AS	M	32	13	SUBSTANCES ADDICTION	MOOD DISORDER	DENTIST ASSISTANT	MODERATE/SEVERE	MILD	MODERATE	MILD	NO	UNCERTAIN
32	MS	F	40	13	PERSECUTORY ANXIETY	DEPRESSED WITH PSYCHOTIC ASPECTS	HOUSEWIFE/EX CHECK OUT CLERK	MILD	NO	MILD	NO	NO	NO
33	AF	F	44	11	AVOIDANCE AND DEPENDENT PERSONALITY TRAITS	DEPRESSED WITH PSYCHOTIC ASPECTS	PHYSIOTHERAPIST	MILD	SEVERE	SEVERE	MODERATE	NO	UNCERTAIN
34	GD	M	32	17	STATE OF DEPRESSION-ANXIETY	REPPRESSED ANGER		MILD	MILD	NO	MODERATE	NO	NO

Nel campione sono stati considerati solo i soggetti di sesso femminile diventate madri. L'incidenza di una depressione post-partum è evidente: su 7 donne con figli, 5 hanno sofferto di questo disturbo.

FIGURA 1
Depressione post-partum

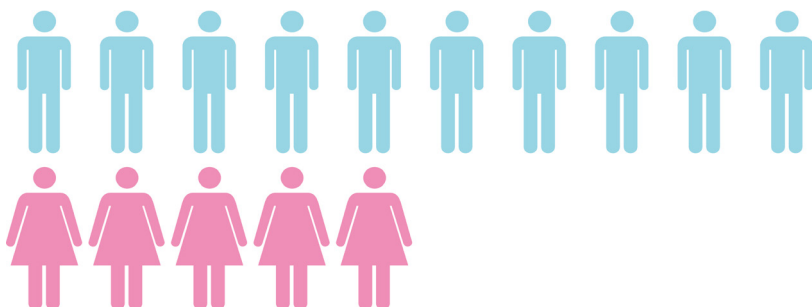


Le figure sottostanti sono relative alla specificità di genere nella risposta al trauma.

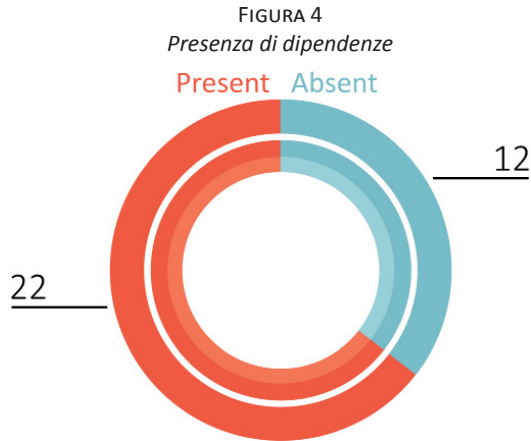
FIGURA 2
Dipendenza affettiva



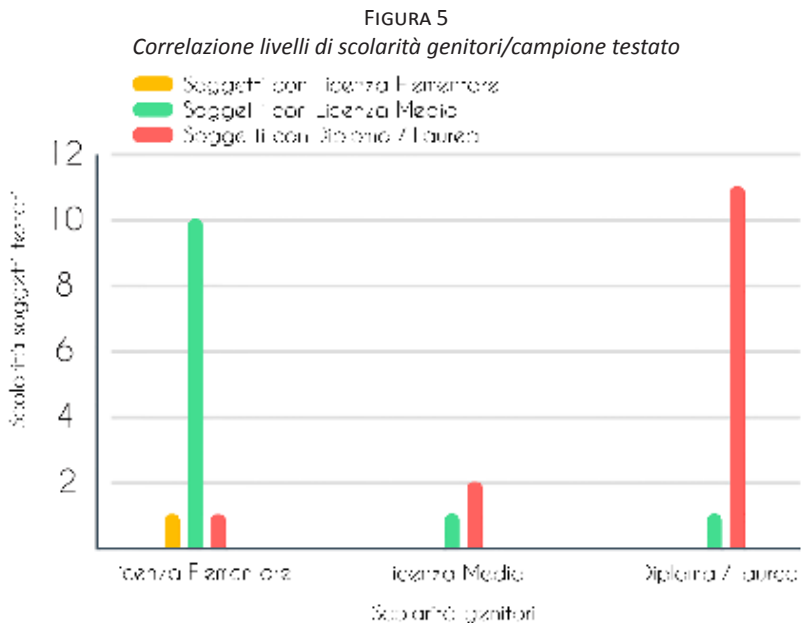
FIGURA 3
Rabbia agita e comportamenti antisociali



Nel grafico in figura 4 si considera la totalità del campione. Viene quindi calcolata la presenza di dipendenze (affettive, da sostanze e altre).



La figura 5 rappresenta il grafico della correlazione tra il livello di scolarità dei genitori dei soggetti testati e quello raggiunto dai soggetti stessi.



Come evidenzia la tabella 1, la concordanza con l'ipotesi è stata ampia. Affinché il campione possa essere maggiormente rappresentativo della popolazione, è mia intenzione allargare tale indagine a tutte le strutture per la cura delle tossicodipendenze e alle carceri minorili presenti nella mia regione. Spero quanto prima di poter rendere noti anche questi risultati.

Voglio ribadire ancora una volta quanto questo lavoro sottolinei l'importanza della scuola per il benessere degli individui e la necessità che essa acquisisca competenze sempre maggiori, nella consapevolezza del suo indispensabile ruolo nella formazione dei nostri giovani e dei nostri bambini. Ho riflettuto a lungo prima di decidere per la pubblicazione di questa ricerca. Essa poteva divenire un valido strumento per i colleghi psicoterapeuti, per gli psicologi e per gli psichiatri, ma nel contempo in un'epoca come la nostra, contraddistinta da una insulsa quanto sterile caccia alle streghe, facilmente si sarebbe potuto fraintenderne il contenuto e giungere a conclusioni superficiali, quanto controproducenti. Se dovessimo fare una ricerca su quante giovani vite la scuola ha salvato, i numeri sarebbero certo maggiori, eppure questo non ci esime dalla costante ricerca di salvarle tutte.

E' necessario un cambio culturale che ridia dignità ad una professione, quella dell'insegnante, da troppi anni bistrattata nel nostro Paese, una professione sulla quale chiunque pare sia in grado di dire la propria, senza capire, ad esempio, che le ore di insegnamento frontale sono solo una parte delle mansioni che essa richiede. L'insegnamento non deve però essere il ripiego di professionisti falliti nel proprio settore, ma la scelta di chi decide di cimentarsi nell'arduo compito di riuscire a trasferire il proprio sapere. Per poterlo fare nel migliore dei modi bisogna avere competenze psicopedagogiche specifiche e aggiornate anche in merito alle neuroscienze, diviene pertanto fondamentale la formazione continua di tali figure. La scuola e gli insegnanti vanno aiutati: in questo momento di passaggio epocale, in cui le conoscenze si moltiplicano in maniera esponenziale,

le competenze di un insegnante devono essere altre e tante. L'insegnamento è una di quelle professioni ad alto rischio di burnout, quella sorta di depressione da lavoro che colpisce coloro che, impegnati in professioni di aiuto, sono sollecitati fortemente dall'utenza, mentre l'istituzione a cui appartengono, per come è organizzata, non consente loro di far fronte alle tante e diverse richieste. La risposta in questi casi può essere un distacco emotivo che difende l'individuo dalla frustrazione di non poter intervenire, o il trincerarsi dietro schemi obsoleti, rassicuranti proprio per il loro essere quelli di sempre. Chiediamo dunque grande competenza a chi svolge o si accinge a svolgere questa professione, ma nel contempo è importante che ad essa venga riconosciuto il suo alto valore sociale: in Giappone, le uniche persone che non devono inchinarsi all'imperatore sono gli insegnanti, coloro che possono trasmettere il sapere.

Questa ricerca mostra quanto profondamente possa incidere la scuola nella storia di ciascuno, bisogna che lo faccia, dunque, in maniera positiva. Nel mio percorso, accanto all'inevitabile dolore di un DSA ai miei tempi neppure conosciuto come definizione, ho avuto la fortuna di incontrare anche tanti grandi maestri. A loro tutta la mia gratitudine, perché è proprio ai miei maestri che devo la pienezza della mia vita. Con il mio operato spero di rendere loro sempre il giusto merito.

Bibliografia

ALEXANDER-PASSE N., *How dyslexic teenagers cope: an investigation of self-esteem, coping and depression*, in 'Dyslexia', 12, pp. 256-275, 2006

AMODIO A., *Nel labirinto. Il mio viaggio nella dislessia*, Milano, Edizioni Di Baio, 2008

AA.VV., *Diagnosticare i Disturbi Specifici di Apprendimento nell'adulto, Dati preliminari dal «Progetto Diagnosi AID-FTI»*, in 'Dyslexia', 12, 1, pp. 9-31, 2015

AA.VV., *Impact of Multiple Types of Childhood Trauma Exposure on Risk of Psychiatric Comorbidity Among Alcoholic Inpatients. Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36: 1099–1107. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01695.x, 2012

MUCCI C., *Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*, Raffaello Cortina Editori, 2014

PENNAC D., *Chagrin d'école*, Paris, Gallimard, 2007

AA.VV., *Self-Esteem and Anxiety in the Educational Histories of Adult Dyslexic Students*, in 'Dyslexia', 5, pp 227-248, Scott, 2004

BERGOGNO F., *Ferenczi e il trauma: una piccola mappa introduttiva*, in 'Interazioni', 2005

AA.VV., *L'impronta del trauma. Sui limiti della simbolizzazione*, in 'Quaderni del Centro Psicoanalitico di Roma', Franco Angeli Editore, 2009

RIVA M. G., *La teoria del trauma*, dal testo 'Minori. Studi e ricerche sull'infanzia e l'adolescenza', Edizioni Unicopli, 2008

GARDENERH., *Formae mentis1*, Editore Feltrinelli, 1987

GOLEMAN D., *Intelligenza emotiva*, Editore Rizzoli, 1996

WOLF M., *Proust e il calamaro, storie e scienze del cervello che legge*, Editore Vita e Pensiero, 2012

Consensus Conference Disturbi Specifici di apprendimento. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2011

Ringraziamenti

Maria Elena Bencivenga, psicologa e psicoterapeuta, Presidente Associazione Insieme

Enrico Ghidoni, responsabile S.S. di Neuropsicologia Clinica, Disturbi Cognitivi e Dislessia nell'adulto, Unità di Neuropsicologia, Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia

Domenico Maggi, psicologo e psicoterapeuta, Direttore del Centro Polifunzionale Integrato Potenza Città Sociale

Giuseppe Ruggiero, psichiatra e psicoterapeuta, Dirigente dell'Istituto di Medicina e Psicologia Sistemica di Napoli, docente presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma

Nadia Sanza, psicologa clinica e psicoterapeuta

Ringrazio inoltre per la cura dell'editing l'architetta Franca Crocetto

La verifica in merito all'effettiva presenza di un DSA nel campione adulto è stata effettuata in collaborazione con il dottor Enrico Ghidoni e il suo staff, con la dottoressa Rossella Greci, logopedista presso l'Ospedale San Carlo di Potenza e autrice di numerosi lavori sulla dislessia, con la dottoressa Antonella Spota, logopedista presso il Centro Aias di Melfi (Pz) e con Laura Pecoriello, laureanda in psicologia clinica, Università di Chieti, tesi di laurea sperimentale sui DSA.

